

# Czynniki sprzyjające utrzymaniu ciąży wśród kobiet hospitalizowanych z powodu zagrażającego poronienia

Factors favoring pregnancy continuation among women hospitalized due to miscarriage threat

Kazimiera Płoch<sup>1</sup>, Małgorzata Dziedzic<sup>1</sup>, Dorota Matuszyk<sup>1</sup>, Ewelina Frączek<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>2</sup> Radomski Szpital Specjalistyczny, Radom

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Małgorzata Dziedzic

Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Wydział Nauk o Zdrowiu, UJ CM  
ul. Zamojskiego 58, 30-523 Kraków  
e-mail: malgorzata.dziedzic@uj.edu.pl

## STRESZCZENIE

### Czynniki sprzyjające utrzymaniu ciąży wśród kobiet hospitalizowanych z powodu zagrażającego poronienia

**Wprowadzenie.** Poronienie zagrażające stanowi istotny problem medyczny, społeczny i rodzinny. Jest przedwczesnym zakończeniem ciąży trwającej krócej niż 22 tygodnie, dotyczy ok. 10-15 % ciąż rozpoznanych klinicznie. Objawia się zwykle bezbolesnym krwawieniem z macicy i czynnością skurczową o niewielkim nasileniu. Przy leczeniu zachowawczym objawy często ustają, a ciążę udaje się utrzymać. Możliwości leczenia są ograniczone potencjalnymi przyczynami występującego zagrożenia ciąży. Szanse na utrzymanie i dalszy rozwój ciąży z udziałem profesjonalnej opieki medycznej ocenia się wysoko.

**Cel pracy.** Określenie związku wybranych czynników socjo-demograficznych i towarzyszących leczeniu na utrzymanie ciąży wśród kobiet hospitalizowanych z powodu zagrażającego poronienia.

**Materiał i metodyka.** Analiza dokumentacji medycznej 145 ciężarnych hospitalizowanych z powodu poronienia zagrażającego w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym w okresie styczeń-marzec 2014 r. Analizę statystyczną danych przeprowadzono w programie Statistica 10 PL. Dla wnioskowania statystycznego przyjęto poziom istotności  $p \leq 0,05$ .

**Wyniki.** Skuteczność hospitalizacji i zastosowanej terapii dla utrzymania ciąży wynosiła 87,6 %. Wykazano w sposób istotny statystycznie, iż największy wpływ miały na to: stosowane leki ( $p=0,000$ ), reżim łóżkowy ( $p=0,040$ ) oraz tydzień trwania ciąży. Czas jej trwania pomiędzy 8-16 tyg. okazał się wśród badanych kobiet z zagrożoną ciążą najbardziej korzystnym dla jej utrzymania ( $p=0,014$ ).

**Wnioski.** Stosowana w trakcie hospitalizacji farmakoterapia i terapia spoczynkowa miały korzystny wpływ na utrzymanie zagrożonej ciąży. Stwierdzono również pozytywne powiązanie utrzymania ciąży z suplementacją kwasem foliowym, prawidłowym BMI ciężarnych i tygodniem wystąpienia zagrożenia poronieniem. W przedstawionej populacji nie stwierdzono oddziaływania na utrzymanie ciąży pozostałych badanych parametrów.

**Słowa kluczowe:** poronienie zagrażające, hospitalizacja, utrzymanie ciąży

## ABSTRACT

### Factors favoring pregnancy continuation among women hospitalized due to miscarriage threat

**Introduction.** Miscarriage is a serious medical, social and family problem. It is defined as a premature pregnancy termination before 22<sup>nd</sup> week and it relates to about 10-15% of recognized pregnancies. Its symptoms usually include painless bleeding from uterus and medium force contraction. With preservative treatment the symptoms disappear and the pregnancy continues to the correct termination. Possible termination methods are limited by potential threats to pregnancy. Chances for success are very high, as long as professional medical assistance is provided.

**Aim.** Determination of the relationship between socio-demographic factors and the factors accompanying treatment for pregnancy subsistence among women hospitalized due to miscarriage threat.

**Material and Methodology.** Medical documentation of 145 pregnant women hospitalized due to miscarriage threat in Radom Specialist Hospital between January and March 2014. Statistical analysis was performed with Statistica 10 PL software. Confidence level was assumed at  $p \leq 0.05$ .

**Results.** Hospitalization and medical treatment effectiveness for pregnancy subsistence was at 87.6 %. It was statistically proven that the highest impact was exercised by medications applied ( $p=0.000$ ), bed regime ( $p=0.040$ ) and a week of pregnancy continuation. Its continuation between 8-16 weeks proved to be the most favorable from among examined pregnant women with threatened pregnancies, for its subsistence ( $p=0.014$ ).

**Conclusion.** Pharmacotherapy and rest therapy used during hospitalization had favorable influence upon pregnancy subsistence. There was a positive correlation between pregnancy subsistence, folic acid supplementation, correct BMI and the week when miscarriage occurred. No other examined parameters had any impact on pregnancy subsistence in the researched population whatsoever.

**Key words:** threatened abortion, hospitalization, maintenance of pregnancy

## WPROWADZENIE

Poronienie stanowi istotny problem medyczny, społeczny i rodzinny. Jest bowiem jedną z przyczyn niemożności donoszenia ciąży i urodzenia dziecka. Oznacza przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 22 tygodnie, dotyczy ok. 10-15 % ciąży. Wartość ta odnosi się do poronień rozpoznanych klinicznie. Szacuje się, iż wielkość ta jest znacznie wyższa, a dokładna ocena częstości jest trudna ze względu na fakt, że do utraty dużej liczby ciąży dochodzi jeszcze przed jej rozpoznaniem lub przed implantacją. Liczba występujących poronień jest odwrotnie proporcjonalna do wieku ciążowego [1].

Poronienie zagrażające jest stanem przebiegającym z krwawieniem z macicy (o różnym nasileniu), słabymi skurczami macicy lub we wczesnej ciąży z bólami w podbrzuszu i okolicy krzyżowej przy zamkniętym ujściu szyjki macicy [2]. Tak zwane naturalne przyczyny poronień samoistnych są bardzo liczne, a ich ustalenie nie zawsze jest możliwe. Można wymienić przyczyny poronień związane z właściwościami poczętego dziecka, albo matki. Spora część tych przyczyn przypisuje się błędom gametogenezy macicznej, męskiej i podziału zygoty [2, 3]. Sporą część czynników z grupy przyczyn macicznych wyjaśniają zaburzenia hormonalne. Szczególnie obciążającym jest defekt fazy lutealnej, niewydolność ciała żółtego i mała produkcja progesteronu. Obciążającym czynnikiem ze strony matki są też przyczyny anatomiczne, związane z różnego rodzaju dysfunkcjami wrodzonymi lub nabytymi w budowie narządu rodnej kobiety. Za prawdopodobne przyczyny poronień uważa się także takie czynniki jak infekcje [4], czynniki toksyczne, zaburzenia metaboliczne [2, 5]. Spore znaczenie ma też czynnik psychoemocjonalny.

Każda kobieta z objawami poronienia zagrażającego powinna jak najszybciej skorzystać z badania i konsultacji lekarskiej z zastosowaniem leczenia zachowawczego w warunkach szpitalnych, czasem ambulatoryjnych w celu podtrzymania ciąży. Szanse na utrzymanie i dalszy rozwój ciąży z udziałem profesjonalnej opieki medycznej ocenia się wysoko. Stwierdzenie badaniem ultrasonograficznym żywego i prawidłowo rozwijającego się zarodka lub płodu jest warunkiem rozpoczęcia leczenia zagrażającego poronienia. Istotne znaczenie ma dokładnie zebrany wywiad, który w niektórych przypadkach może dać odpowiedź dotyczącą potencjalnych przyczyn wystąpienia zagrożenia poronieniem np. ciężka praca fizyczna, przeżycia psychiczne, nadmierny stres, używki (alkohol, narkotyki) [5, 6]. Ogromne znaczenie mają również stwierdzone w wywiadzie lub badaniami analitycznymi zakażenia wirusowe [7]. Również takie schorzenia jak cukrzyca, choroby nerek, tarczycy, choroby układowe, nie zdiagnozowane i

nie leczone przed ciążą wpływają bardzo niekorzystnie na rozwój płodu doprowadzając czasem do poronienia [7]. Ryzyko poronienia wzrasta również wraz z wiekiem matki (powyżej 38 roku życia), w wyniku zapłodnienia pozaustrojowego oraz w ciążach wielopłodowych [6, 8]. Każdy przypadek poronienia zagrażającego wymaga hospitalizacji dla dokładnej obserwacji objawów klinicznych, monitorowania ultrasonograficznego rozwoju płodu oraz podjęcia zachowawczego leczenia. Oszczędzającemu trybowi życia, a w trakcie hospitalizacji zasadzie reżimu łóżkowego przyznaje się jedno z wiodących zasad leczenia. Takie postępowanie obowiązuje co najmniej do czasu ustąpienia objawów zagrożenia rozwoju ciąży: plamienia/krwawienia z macicy, bólu podbrzusza lub okolicy krzyżowej. Leki uspokajające i ewentualnie przeciwbólowe stosuje się dla opanowania objawów poronienia zagrażającego [9]. Pomagają również kobiecie w eliminacji lub zmniejszeniu napięcia związanego z zagrożeniem utraty dziecka. Spośród innych leków uzasadnienie patofizjologiczne ma zastosowanie pochodnych progesteronu i leków rozkurczowych. Rokowanie i dalsze postępowanie zależy od nasilenia obserwowanych objawów klinicznych [10]. Nie można zapomnieć o ważnym czynniku oddziaływującym na ciążę, jakim jest wspomniany już czynnik psychiczny. Wzmacnianie w kobiecie pozytywnego nastawienia w czasie hospitalizacji, unikanie sytuacji stresowych lub pomoc w jego minimalizacji poprzez oddziaływanie psychologiczne wpływa korzystnie na proces leczenia. Najczęściej spotykane odczucia towarzyszące kobietom ciężarnym zagrożonym poronieniem, to przede wszystkim narastający niepokój o dalszy los ciąży, o zdrowie własne i dziecka, poczucie winy i krzywdy, związany z tym obniżony nastrój, poczucie bezsilności i bezradności. Rzetelna informacja o stanie klinicznym i rokowaniu jest nie tylko podstawowym prawem pacjentki, może zapobiec dodatkowym rozczarowaniom i narastaniu poczucia winy [11].

## CEL PRACY

Określenie związku wybranych czynników socjo-demograficznych i towarzyszących leczeniu na utrzymanie ciąży wśród kobiet hospitalizowanych z powodu zagrażającego poronienia.

## MATERIAŁ I METODYKA

Metodą retrospektywnej analizy prześledzono dokumentację położniczą 145 ciężarnych hospitalizowanych z powodu zagrażającego poronienia w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym w okresie od grudnia 2013 r. do kwietnia 2014 r. Zbadano związek wybranych parametrów (charak-

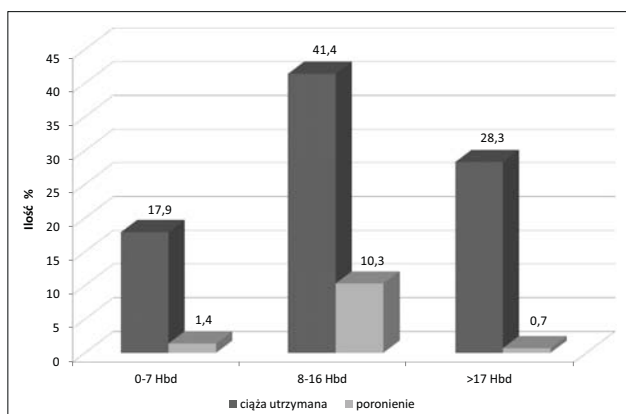
ter pracy, miejsce zamieszkania, posiadanie potomstwa, obciążenie chorobami współistniejącymi z ciążą, BMI ciężarnych, tydzień ciąży, stosowanie suplementacji kwasem foliowym, długość hospitalizacji) na utrzymanie zagrożonej ciąży. Zebrany materiał poddano analizie opisowej i statystycznej z użyciem programu Statistica 10 PL. Analizę zgodności cech mierzalnych przeprowadzono za pomocą testu  $\chi^2$ . Dla wnioskowania statystycznego przyjęto poziom istotności  $p \leq 0,05$ . Badania przeprowadzono zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej.

## WYNIKI BADAŃ

Średni wiek badanych wynosił 29 lat. Poniżej 25 roku życia było 47 (32,4%) kobiet, pomiędzy 26-30 rokiem życia 40 (27,6%) kobiet, 36 (24,8%) ciężarnych było w wieku 31-35 lat i 22 (15,2%) osoby powyżej 35 roku życia.

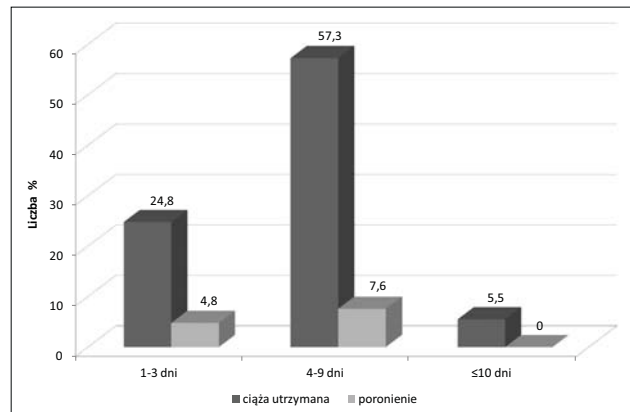
Spośród 145 kobiet hospitalizowanych z objawami zagrażającego poronienia, 127 ciężarnych utrzymało ciążę (87,6 %), natomiast u 18 (12,4 %) pacjentek leczenie zakończyło się niepowodzeniem. W trakcie hospitalizacji 28 (19,3 %) pacjentek znajdowało się w 7 i poniżej tego tygodnia ciąży. Najwięcej, bo 75 (51,7 %) kobiet znajdowało się pomiędzy 8–16 tygodniem z ciąży. U 42 (29,0 %) hospitalizowanych stwierdzona była ciąża w 17 i powyżej tygodniu ciąży.

Analiza związku między tygodniem ciąży w którym wystąpiło zagrożenie poronieniem, a jej utrzymaniem, wskazała, iż największą grupę ciężarnych u których udało się utrzymać ciążę stanowiły kobiety z ciążą pomiędzy 8-16 tyg. – 41,4 %. Dla kobiet w 17 i powyżej tygodniu ciąży wielkość ta wyniosła 28,3 %, a dla kobiet z ciążą 7 tygodniową i poniżej – 17,9 %. Zależność ta była istotna statystycznie –  $p = 0,014$  (Ryc.1).



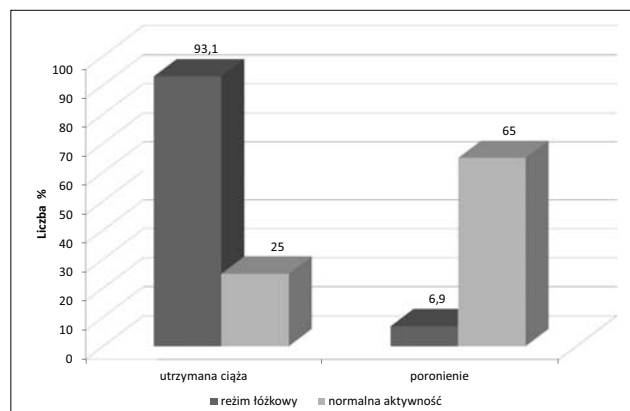
■ Ryc. 1. Tydzień ciąży w którym wystąpiło zagrożenie poronieniem, a jej utrzymanie

Jak wynikało z analizy dokumentacji, czas trwania hospitalizacji kobiet z ciążą zagrożoną poronieniem wynosił od 1 do 10 dni. Powyżej 10 dni hospitalizowanych było 8 pacjentek, 43 kobiety hospitalizowane były od 1–3 dni. Największą grupę stanowiły pacjentki hospitalizowane 4-9 dni (94 osoby) i w tej grupie znalazła się największa ilość pacjentek z utrzymaną ciążą – 83. Analiza związku pomiędzy czasem pobytu w szpitalu, a utrzymaniem ciąży, wykazała, iż zależność ta nie była znamienna statystycznie. ( $p=0,413$ ), co przedstawiono na rycinie 2.



■ Ryc. 2. Czas trwania hospitalizacji, a utrzymanie ciąży

W trakcie trwania hospitalizacji kobiet zagrożonych poronieniem istotnym elementem leczenia był zalecany dla nich wszystkich reżim łóżkowy. Spośród 116 kobiet które stosowały się do reżimu łóżkowego, ciążę utrzymało 108 (93,1 %) ciężarnych, u pozostałych 8 (6,9%) kobiet ciąża zakończyła się poronieniem. Dwadzieścia dziewięć kobiet spośród badanej grupy nie stosowało się do zaleceń terapii spoczynkowej. W grupie tej u 19 (65 %) kobiet ciąża zakończyła się poronieniem, pozostałe 10 (25 %) kobiet utrzymało ciążę. Wykazano dodatnią korelację pomiędzy stosowaniem reżimu łóżkowego, a utrzymaniem ciąży. Terapia spoczynkowa ciężarnych w sposób istotny statystycznie wpływała na utrzymanie ciąży ( $p = 0,000$ ), (Ryc.3).

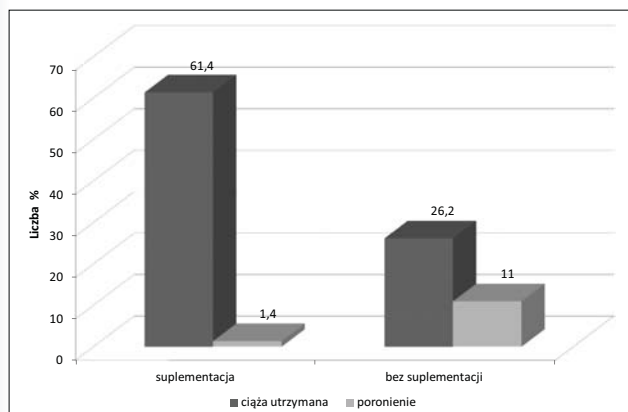


■ Ryc. 3. Wpływ terapii spoczynkowej na utrzymanie ciąży

Większość kobiet z zagrażającym poronieniem nie posiadała jeszcze dzieci – 57,2 % ( $N = 83$ ). Analizując związek między posiadaniem potomstwa lub bezdzietnością, a utrzymaniem ciąży, nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności ( $p = 0,920$ ). U kobiet posiadających potomstwo udział utrzymanych ciąż wynosił 37,9 %, natomiast wśród kobiet nie posiadających potomka 49,7 %.

Wśród najczęściej przyjmowanych przez hospitalizowane pacjentki leków zleconych przez prowadzącego lekarza znajdowały się leki z grupy progestagenów. Otrzymywało je 125 kobiet, w tym wszystkie z poronieniami w wywiadzie (41 kobiet). Leki rozkurczowe i przeciwbólowe zaordynowano 137 kobietom. Wśród badanych, 91 osób deklaroowało przyjmowanie kwasu foliowego przed okresem hospitalizacji, pozostałe 54 kobiety nie przyjmowały tego preparatu. Interesującym zagadnieniem było więc zbadanie czy suplementacja kwasem foliowym miała

wpływ u badanych kobiet na utrzymanie ciąży. Spośród 91 ciężarnych przyjmujących kwas foliowy ciążę utrzymało 89 kobiet, natomiast wśród 54 kobiet nie przyjmujących tego preparatu, ciążę utrzymało 38 kobiet. Zależność istotna statystycznie ( $p < 0,000$ ) została stwierdzona na korzyść utrzymania ciąży wśród kobiet przyjmujących kwas foliowy- 61,4 % w stosunku do kobiet nie przyjmujących tego preparatu – 26,2 % (Ryc. 4).



■ Ryc. 4. Suplementacja kwasem foliowym, a utrzymanie ciąży

Miejsce zamieszkania nie wykazało istotnego wpływu na utrzymanie zagrożonej ciąży ( $p = 0,901$ ). W grupie kobiet zamieszkujących w mieście utrzymanie ciąży stanowiło 87,5 %, a dla grupy mieszkającej na wsi była to prawie identyczna wartość – 87,7 %. Przeanalizowano również charakter wykonywanej pracy zawodowej u hospitalizowanych kobiet przed wystąpieniem zagrożenia poronieniem oraz jak przedstawiało się utrzymanie ciąży w zależności od jej charakteru. Tylko 16 kobiet nie było aktywnych zawodowo (uczenice, osoby nie pracujące). Pracę zawodową zakwalifikowaną jako „fizyczną” wykonywało 71 kobiet, u pozostałych 58 aktywność zawodową uznano jako „umysłową”.

Dla grupy kobiet pracujących fizycznie utrzymanie ciąży stanowiło 28,8 %, dla kobiet pracujących umysłowo- 34,2 %. W grupie kobiet nie pracujących wartość ta wyniosła 24,6 %. Nie stwierdzono istotności statystycznej pomiędzy rodzajem aktywności zawodowej, a utrzymaniem ciąży –  $p = 0,061$ .

Poddano również analizie BMI badanych. Spośród hospitalizowanych kobiet 12,4 % ( $N=18$ ) miało niedowagę, 49,7 % ( $N=72$ ) prawidłową masę ciała. Kobiet z nadwagą I stopnia było 28,3 % ( $N=41$ ), a z nadwagą II stopnia – 9,7 % ( $N=14$ ). Wykazano zależność istotną statystycznie o słabej sile korelacji, pomiędzy prawidłową wartością BMI, a utrzymaniem ciąży –  $p = 0,032$  (Ryc.5).

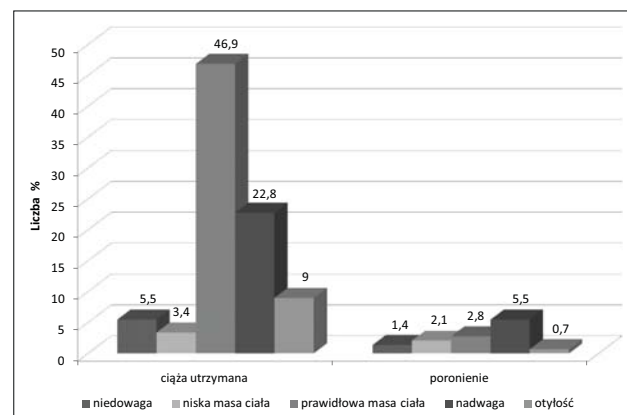
Z analizowanego materiału wynikało, iż u części kobiet występowały choroby współistniejące z ciążą. Dotyczyło to 39 badanych. Najczęściej była to grzybica pochwy/bakteryjne zakażenie pochwy – 6,9 % ( $N=10$ ), nadciśnienie – 6,9 % ( $N=10$ ), choroby układu moczowego – 4,8 % ( $N=7$ ) niedokrwistość – 4,2 % ( $N=6$ ), nadczynność tarczycy – 4,2 % ( $N=7$ ).

W badaniach potwierdzono istotny statystycznie związek między brakiem obciążenia chorobami współistniejącymi, a utrzymaniem ciąży ( $p = 0,014$ ). W grupie 39 kobiet z występowaniem współistniejących chorób utrzymanie ciąży stanowiło 26,9 %, dla grupy bez takich obciążeń wartość ta wyniosła 60,7 % (Ryc. 6).

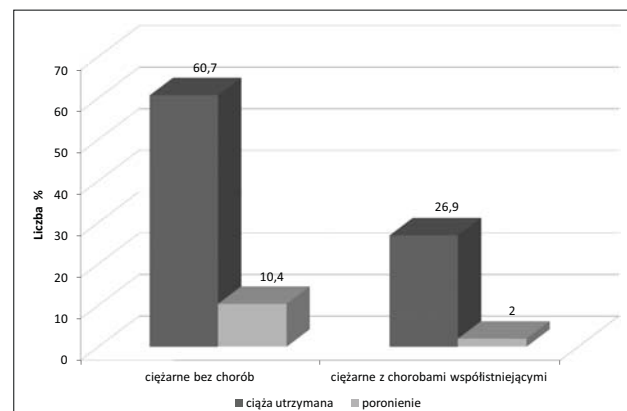
## DYSKUSJA

Obecnie w zakresie świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia, jednym z zalecanych badań diagnostycznych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, w tym we wczesnej ciąży jest badanie USG. We wczesnej ciąży badanie ma na celu potwierdzenie istnienia żywej ciąży, jest także podstawowym badaniem stosowanym w diagnostyce objawów związanych z poronieniem [12]. Stwierdzona w badaniu rozbieżność pomiędzy wiekiem ciążowym obliczonym na podstawie ostatniej miesiączki i wg długości ciemieniowo-siedzeniowej płodu może przemawiać za zwiększonym ryzykiem niekorzystnego zakończenia ciąży i powikłań położniczych. Bezsprzecznie przydatność diagnostyczną USG w ocenie poronienia zagrażającego potwierdzają liczne badania naukowe, a korzystną ocenę ich zasadności znajdujemy w licznych opracowaniach naukowych, Kazimierczak W. i wsp., Szkodziak P. i wsp. [7, 12]. Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) warunkiem rozpoczęcia leczenia poronienia zagrażającego jest potwierdzenie badaniem USG prawidłowo rozwijającego się zarodka [9]. Wszystkie pacjentki, których dokumentacja z okresu hospitalizacji poddana została analizie, miały wykonane badanie USG po przyjęciu do szpitala.

Terapia progesteronowa w poronieniu zagrażającym, celem podtrzymania ciąży jest wdrażana stosunkowo często. Najczęściej rozpoczynana jest w momencie pojawienia się dolegliwości bólowych i /lub krwawienia z dróg rodnych. Terapia taka jest też często stosowana bez zaistnienia klinicznych objawów zagrażającego poronienia,



■ Ryc. 5. BMI badanych, a utrzymanie ciąży



■ Ryc. 6. Choroby współistniejące u ciężarnych, a utrzymanie ciąży



np. po przebytych wcześniejszych poronieniach samoistnych, po zastosowaniu technik wspomaganego rozrodu [13]. Wskazaniem najbardziej uzasadnionym jest poprzeczenie jej oznaczeniem poziomu progesteronu w surowicy krwi, wynikiem wymazu cytohormonalnego lub stwierdzenie jeszcze przed zajęciem w ciążę występowania niedomogi lutealnej [14]. Progesteron działa relaksująco na myometrium poprzez zmniejszenie odpowiedzi komórek mięśnia macicy na działanie oksytocyny, modyfikuje odpowiedź immunologiczną organizmu matki na zagnieżdżone jajo płodowe, poprawia ukrwienie i rozpułchnienie macicy [13,15].

W badaniach autorów dokonano analizy prowadzonej farmakoterapii. W grupie 145 pacjentek zagrożonych poronieniem 125 otrzymywało preparaty progesteronu, w tym wszystkie ciężarne mające w wywiadzie 1 lub więcej poronień. Takie postępowanie terapeutyczne jest zgodne z rekomendacjami PTG, stojącego na stanowisku, popartym badaniami, że prawdopodobieństwo niedomogi fazy lutealnej dotyczy od 23% – 50% kobiet z nawracającymi poronieniami. Leczenie pochodnymi progesteronu w pozostałych przypadkach wg stanowiska PTG ma uzasadnienie patofizjologiczne, chociaż podkreśla się brak wystarczających dowodów medycznych na powodzenie leczenia [15].

Zgodnie z rekomendacjami PTG kobietom z zagrażającym poronieniem należy zalecać terapię spoczynkową. Zalecenie takie zastosowano w stosunku do wszystkich hospitalizowanych ciężarnych. W grupie badanych kobiet stosujących się do tych zaleceń był istotnie statystycznie wyższy poziom utrzymanych ciąż.

Bręborowicz G. H. i Paszkowski T. wskazują, że prawidłowa masa ciała przed ciążą wiąże się ze znacznie mniejszym ryzykiem poronienia w porównaniu z pacjentkami z przedciążową niedowagą [16]. W stosunku do wpływu otyłości na zagrożenie poronieniem, pomimo sporego zainteresowania tym tematem, nie ma jednoznacznych rozstrzygnięć w doniesieniach. Lashen i wsp. notują zwiększone ryzyko poronień po poczęciu samoistnym u kobiet z otyłością [17]. Przeprowadzono również badania nie stwierdzające takiej zależności [18, 19]. W badaniach własnych stwierdzono zależność istotną statystycznie o słabej korelacji, pomiędzy prawidłową masą ciała, a utrzymaniem ciąży.

Brak suplementacji kwasem foliowym łączy się ze zwiększonym ryzykiem zagrożenia poronieniem, z poważnymi wadami ośrodkowego układu nerwowego u płodu, niedorozwojem łożyska [20]. Stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy wystąpieniem poronienia, a brakiem takiej suplementacji w badanej populacji ciężarnych.

Doniesienia naukowe m.in. Sikory J, Bakona I, Dembickiego T, wskazują, że w przypadku potwierdzonej infekcji w narządach płciowych wewnętrznych, znacznie wzrasta ryzyko poronienia [21]. Badania Zalewskiej W, Paszkowskiego T, Baszaka E. wskazują, iż grzybica pochwy występuje dwukrotnie częściej u kobiet z objawami zagrażającego poronienia [22]. Najczęstszą chorobą współistniejącą z ciążą w badaniach własnych była grzybica pochwy/sromu lub zapalenie dróg rodnych oraz

nadciśnienie, następnie choroby układu moczowego. Przeprowadzona analiza wykazała dodatnią korelację pomiędzy nie występowaniem współistniejących schorzeń, zwłaszcza infekcji narządów rodnych, a utrzymaniem ciąży. Poronienie zagrażające pozostaje istotnym problemem w opiece nad kobietą ciężarną, ze względu na ograniczone możliwości leczenia.

Świadomość kobiet w tym względzie i odpowiednie przygotowanie przedkonceptyjne, pozwoliłoby na uniknięcie części zagrożeń poronienia ciąży [3].

## WNIOSKI

1. Analiza materiału badawczego wskazuje na istotnie wyższy statystycznie poziom utrzymania ciąży u kobiet stosujących suplementację kwasem foliowym.
2. Szanse na utrzymanie ciąży są pozytywnie powiązane z tygodniem ciąży w którym wystąpiło zagrożenie poronieniem oraz zastosowanym reżimem łóżkowym w trakcie hospitalizacji.
3. Kobiety z prawidłową masą ciała i bez współistniejących schorzeniem w okresie wystąpienia zagrożenia dla ciąży, mają większą szansę na jej utrzymanie.
4. Na utrzymanie zagrożonej ciąży nie ma wpływu miejsce zamieszkania, posiadanie potomstwa, rodzaj pracy zawodowej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bręborowicz GH. red. Położnictwo i ginekologia. Warszawa: Repetytorium PZWL; 2011.
2. Paszkowski T. Patologia wczesnej ciąży. Lublin: IZT; 2004.
3. Kotlarski J. red. Ginekologia tom 2. Warszawa: Medipage; 2008.
4. Sikora J, Bakon I, Dembicki T. Znaczenie czynników infekcyjnych w poronieniach i porodzie przedwczesnym. Gin. Prakt. 2011; 2 (20): 35 – 46.
5. Skrzypczak J, Pisarski T. Poronienie [w:] Bręborowicz GH. red. Położnictwo i ginekologia. Warszawa: PZWL; 2010. s. 196 – 204.
6. Condous G. Krwawienie i ból we wczesnej ciąży- co jest najczęstszym problemem? [w:] Oleszczuk J. red. Postępowanie w powikłaniach wczesnej ciąży. Podręcznik. Lublin: Medipage; 2009. s. 19 – 49.
7. Szkodziak P, Paszkowski T, Paszkowski M, Radmański T. Poronienie [w:] Bręborowicz GH, Paszkowski T. red. Medycyna matczyno-płodowa, t. 2. Warszawa: PZWL; 2012. s. 246 – 257.
8. Oleszczuk J, Kanadys K, Pilewska-Kozak AB. Krwawienie w okresie ciąży [w:] Bień AM. red. Opieka nad kobietą ciężarną. Warszawa: PZWL; 2009. s. 271 – 283.
9. Rekomendacje PTG w zakresie wybranych patologii wczesnej ciąży oraz postępowania w ciąży po zapłodnieniu in vitro. Gin Pol. 2004; 75 (12): 905 – 910.
10. Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie miejsca progesteronu we współczesnej ginekologii i położnictwie, Ginekol Dypl. 2008; 06/01/08: 205 – 207.
11. Bucholc M. Pielęgnowanie ciężarnej z poronieniem zagrażającym [w:] Łepecka-Klusek C. red. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Warszawa: PZWL; 2010. s. 34-42
12. Kaźmierczak W, Fiegler P, Węgrzyn P. i wsp. Przyczyny, etiologia oraz współczesne metody diagnostyki i leczenia poronień. Ginekol Prakt. 2004; 12 (4): 26-29.
13. Czajkowski K. Współczesne poglądy na stosowanie gestagenoterapii w ciąży zagrożonej poronieniem. Ginekol Prakt. 2003;11: 54 – 64.
14. Chazan B. Endokrynologia i niepłodność [w:] Chazan B. red. Położnictwo i ginekologia w zarysie. Warszawa: PZWL; 2006. s. 48- 51.
15. Czajkowski K. Progesteron i progestageny w ciąży. [w:] Paszkowski T. red. Patologia wczesnej ciąży. Lublin: IZT; 2004. s.193-212.
16. Bręborowicz GH, Paszkowski T. red. Medycyna matczyno-płodowa, t. 2. Warszawa: PZWL. s. 2012.
17. Lashen H, Fear K, Sturdee DW. Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage: matched case-control study. Hum Reprod. 2004;19: 1644-1646.

18. Metwally M, Ong KJ, Ledger W L, et al. Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta-analysis of the evidence. *Fertil. Steril.* 2008; 90: 714-726.
19. Oleszczuk J. Poronienie [w:] Łepecka- Klusek C. red. *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Warszawa: PZWL; 2010.
20. Wolff T, Witkop CT, Miller T, et al. U.S. Preventive Services Task Force. Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009; 150 (9): 632-639.
21. Sikora J, Bakon I, Dembnicki T. Znaczenie czynników infekcyjnych w poronieniach i porodzie przedwczesnym. *Ginekolog Pol.* 2011; 2 (20): 35-46.
22. Zalewska W, Paszkowski T, Baszak E. Patogenna mikroflora pochwy u pacjentek z objawami poronienia zagrażającego – doniesienia wstępne. *Klin Perinatol Ginekolog.* 2003; 39 (1): 58- 60.

Praca przyjęta do druku: 31.08.2015

Praca zaakceptowana do druku: 19.11.2015